

ANO LETIVO DE 2020

INSTRUÇÕES E RECOMENDAÇÕES DOS PAIS OU RESPONSÁVEL À ESCOLA

RA: _____

Data da matrícula : ____ / ____ / ____

Nome completo do aluno: _____

Curso: _____ Série/Ano: _____ Período: _____

Naturalidade: _____ Data de nascimento : __ / __ / __

Endereço onde mora o aluno: _____

Com quem mora o aluno? () pais () pai () mãe () outros

Nome do pai: _____

Empresa em que trabalha: _____

Telefone comercial: _____ ramal : _____

Telefone residencial: _____ Celular: _____

Nome da mãe: _____

Empresa em que trabalha: _____

Telefone comercial: _____ ramal : _____

Telefone residencial: _____ Celular: _____

Nome outros: _____

Empresa em que trabalha: _____

Telefone comercial: _____ ramal : _____

Telefone residencial: _____ Celular: _____

Nome do responsável financeiro: _____

Endereço do responsável financeiro (boletos): _____

E-mail do responsável financeiro: _____

Telefone do responsável financeiro: Residencial: _____

Comercial: _____ Celular: _____

1) - O(a) aluno(a) pode fazer Educação Física? () sim () não

2) - Cor/Raça do aluno(a) - (Portaria INEP 156 de 20/10/2004): _____

3) - Nome da escola de origem: _____

4) - Apresenta algum tipo de alergia?

() sim () não

Em caso afirmativo, quais? _____

5) - O médico do aluno é: () alopata () homeopata

Nome do médico: _____

6) - É alérgico a algum tipo de medicamento tópico, oral ou injetável?

() sim () não

Em caso afirmativo, quais? _____

7) - O(a) aluno(a) possui algum transtorno ou doença congênita? : () sim () não

Qual? _____

8) - Quais as doenças contagiosas da infância já contraídas?

() caxumba () sarampo () rubéola () nenhuma

() catapora () escarlatina () coqueluche () outras

Quais? _____ Quando? _____

9) - Possui algum tipo de deficiência – (Lei 13.146/2015 – Estatuto do Deficiente) () sim () não

Qual (is)? _____

10) - É epilético? () sim () não

Em caso afirmativo, está em tratamento? () sim () não

Qual medicamento? _____

11) - É hemofílico? () sim () não

12) - É deficiente visual? sim não

13) - É deficiente físico? sim não

14) - É diabético? sim não

Em caso afirmativo: É dependente de insulina? sim não

15) - É asmático? sim não

16) - Está fazendo algum tipo de tratamento médico ou ingerindo alguma medicação específica?

sim não

Qual? _____

17) – O aluno possui necessidades educacionais especiais?

sim não

Qual? _____

18) - O aluno possui algum plano de saúde?

sim não

Qual? _____

Observação: Quaisquer alterações ocorridas nos dados contidos nesta ficha deverão ser imediatamente comunicadas à secretaria.

As informações contidas nesta ficha são de inteira responsabilidade dos pais e/ou responsáveis que as prestaram.

São Carlos, _____ de _____ de _____.

Nome do responsável pelo preenchimento deste questionário

Assinatura do responsável